

# ヴェトナム帰還兵のPTSD(心的外傷後ストレス障害)の形成 : ト라우マと兵役をめぐる言説(平野充好教授退任記念号)

著者名(日)	イザンベール 真美
雑誌名	九州国際大学法学論集
巻	17
号	3
ページ	77-122
発行年	2011-03
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1265/00000073/">http://id.nii.ac.jp/1265/00000073/</a>

# ヴェトナム帰還兵のPTSD（心的外傷後ストレス障害）の形成

：トラウマと兵役をめぐる言説

イザンベール 真美

## はじめに

トラウマ体験の精神的後遺症として今日、広く知られるPTSD（Post-Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）は、アメリカ合衆国が初めて負けた戦争<sup>(1)</sup>であるヴェトナム戦争の遺産である。PTSDは世界的に使用されている精神科診断マニュアル、「DSM（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*：精神疾患の診断統計マニュアル）に1980年から掲載されている。これは精神的問題を抱えるヴェトナム戦争帰還兵達とその協力者である医師らがアメリカ精神医学会（The American Psychiatric Association）に「ポスト・ヴェトナム症候群」を精神障害として公式に認めさせた7年間の努力と闘争の成果である。今日、PTSDという診断項目があるおかげで、約40年間にわたる幅広い臨床実践と研究の蓄積が、災害や犯罪、戦争やテロ、家庭内暴力や幼児虐待の被害者に活かされている。わが国では1995年の阪神淡路大震災と地下鉄サリン事件によって、PTSDが脚光を浴びることになった。しかし、PTSDという疾病診断の誕生は、災害や犯罪の被害者の救済のためではなかった。PTSDが戦争、しかも反戦運動の国内外での高まりや敗戦という、アメリカがそれまで経験しなかった特殊な戦争であったヴェトナム戦争の帰還兵の抗議運動と深く結びついた「政治的」疾病分類であることは、もはや忘れられかけている。

ブッシュ大統領の新保守主義政権が、帰還兵のPTSD研究の助成金源だった復員軍人省 (The U.S. Department of Veterans Affairs) の予算を減額し続けたせいもあるが、最近のPTSD研究と臨床は戦闘ストレスを扱うものが減少しつつある。1980年にはじめてPTSDが診断マニュアル (DSM-III) に登場した時は、「通常の人間体験の範囲を越える」ものがトラウマ的事件であると、戦場を意識した定義がなされていた (APA 1980, p.236-238)。しかし、今日では、例えば家庭内暴力 (DV) のような、我々の日常生活に起こり得る事件や状況をトラウマとしてより注目する研究と臨床が行われている。医師としても研究者としても活躍するハーマン (Judith Lewis Herman) はレイプや性的虐待、家庭内暴力の被害者女性のトラウマの回復を目指す研究と臨床実践を専門としている。ハーマンは、子どもの虐待や家庭内暴力など様々な形態の抑圧、または世界で起きている内戦や飢餓など、長期に継続するトラウマ体験によるPTSD患者は、一度だけ起こった事件のトラウマに曝された患者より治療が困難であるとし、既存のPTSDに加えて「複雑性PTSD」を新診断分類として提唱しているが、現行のDSM-IV (1994年刊行) には採用されなかった。また、ハーマン同様、現代の代表的研究者であるヴァン・デア・コルク (Bessel A. van der Kolk)、マクファーレン (Alexander C. McFarlane)、ウェイゼス (Lars Weisaeth) のトラウマ性ストレスに関する総括的な共編著 (ヴァン・デア・コルク他編著 2001) を読んでも、トラウマ性の精神疾患の病因や症状はかなりのものが子どもの虐待 (性的搾取やネグレクト) に帰する症例として注目されていることがわかる。これはフロイトがキャリアの前半で追求していた、幼少時の性的虐待を主要なトラウマと見なす視点への回帰に近いことかもしれない。同論文集のマクファーレンとデ・ジロラモ論文は、DSM-IVのストレス因子の基準が単純化しすぎていると問題視している (マクファーレン & デ・ジロラモ 2001, p.133, p.160.)。

つまり、最近の研究者達は、ベトナム戦争体験にかなり限定的だった1980年のDSM-IIIのクライテリアの残滓があるために、現在のPTSD診断基準、特

に病因性ストレス因子の基準は時代遅れであると考えているようである。

本稿の目的は二つある。一つは、今では人災や天災の「被害者」の後遺症として認識されているPTSDの出発点が、ヴェトナムで故意にしろ、上官の命令に服従したにしろ、残虐行為を犯した「加害者」である米兵の罪業感というトラウマを対象として「設計」されたものであったことを明らかにすることである。この作業はヤング（Allan Young）の名著、『PTSDの医療人類学』による科学的論理性をめぐる非常に厳格な批判を援用している（ヤング 2001.）。第二の目的は、ヴェトナム帰還兵が、19世紀以来続いていた「被害者」のトラウマ理解の歴史を無理矢理、曲解させてでもPTSDという疾患名を手に入れることによって、単に障害年金を受給するだけでなく、アメリカという国家に建国史上初めて、国民の義務として「公的」に受容されていた兵役に関する言説へのアンチテーゼを叩き付けたという仮説を主張することにある。ヴェトナムの女性や子ども、老人といった非戦闘員に対する残虐行為や虐殺、敵兵の拷問や死体損壊といった戦争犯罪の「加害者」だった帰還兵は、実はアメリカ政府と軍という「加害者」に騙され、人倫を犯すはめになった「被害者」であるというパラドックスが、彼らの主張の中に見いだせるのである。

もちろん、これから行うヴェトナム帰還兵と彼らと同盟した医師らの行動の批判的分析は、死の恐怖に直面したり、（レイプ被害のように）自己の尊厳を破壊されるような衝撃を受けた人々の苦痛と、その後遺症であるPTSDを患う人々の苦悩を否定するものではない。歴史の上では、ある集団の恣意的操作によって、他の人々に恩恵を与えることが起こり得る。ヴェトナム戦争が我々に遺したものは負の遺産だけとは限らず、PTSDという精神疾病診断分類もまた、今日の我々に貢献する遺産の一つに入れて良からう。

本稿の構成：第1節「トラウマ研究の二つの潮流」では、「トラウマ（心的外傷）」の概念が19世紀以来、レイプや子どもの虐待のトラウマにつながるヒ

ステリー研究と、死の恐怖に曝された兵士のトラウマ研究の二つの潮流によって同定されてきた歴史をまとめ、カーディナー (Abram Kardiner) が第一次大戦を対象に行った研究で扱った「戦争神経症 (War Neurosis)」が、PTSDの直接の先祖であることを強調する。次の第2節「軍事精神医療とヴェトナム戦争」では、カーディナーもそうであったように、軍事精神医学というものは、患者の福利をよりも、軍上層部の、ひいては国家的利益のための「治療」を行うものであることを、ある意味、政治学的には当然であると論じた上で、戦力維持のためにヴェトナム戦争で採用されていた、精神破綻した兵士を前線に近接した場所で治療し、迅速に戦線に戻すPIE治療法 (サーモン・ドクトリン) が、帰還後の兵士に重篤な精神障害を引き起こす原因になるという見解を検討する。続く第3節「PTSD成立までの闘争」では、精神的・心理的問題を抱えるヴェトナム帰還兵とその同盟者である反戦精神科医、シェイタン (Chaim Shatan) とリフトン (Robert Jay Lifton) らが、精神医学界の巧みな戦略家であった、診断マニュアル改訂の最高責任者、スピッツァー (Robert Spitzer) と、いかに政治的交渉を繰り広げたかを中心に論じる。そして、第4節「ヤングのPTSD診断分類と外傷性記憶概念の批判」は、精神疾患と公認されたPTSDの疾病分類に関する、医療人類学者ヤングが指摘した科学的論理性の問題を採り上げ、トラウマ (外傷性記憶) すら、近代科学が作り上げた言説にすぎないという彼の主張を検討する。最後の第5節「PTSDがアメリカに叩き付けたアンチテーゼ」では、なぜ多くの欠陥や問題を指摘され得る当時のPTSD診断を帰還兵が運動を通じて公認させたかを考察し、本稿のささやかな仮説を提示する。それは、彼らが「政府に騙されて不正な戦争の実行者、罪人になってしまった」という思いから、国家のために命を捧げるのが国民の義務であるという、ヴェトナム戦争以前までの兵役に関する公式な言説を否定することであった、とするものである。

### 資料：PTSD（心的外傷後ストレス障害）の公式定義

本論に入る前に、既に言及した精神科診断マニュアルでPTSDが初めて精神障害として公認されたDSM-III（1980年）を改訂した1987年出版のDSM-III-Rならびに、最新版のDSM-IV（1994年）のPTSDの診断基準を提示しておく。DSM-III-Rの診断基準を本稿で重視する理由は、議会と復員軍人局の研究助成予算によって、70年代末から80年代がヴェトナム帰還兵のPTSD研究が最も盛んに行われた時期であり、87年の改訂が、短期間でまとめあげられた80年のやや貧弱な診断基準を充実させ、ヴェトナム帰還兵の要望に完全に応えるものになっているからである。それゆえ、PTSDの診断分類をめぐる問題提起にこの87年の改訂版を用いることは、PTSDをヴェトナム戦争の産物と考える本稿やヤングの論考の目的にふさわしいのである。これに対し、現在使用されているDSM-IVは戦場体験以外のより幅広いトラウマを扱うために、「通常の人が体験する範囲を越えた」という表現を避けてトラウマ的事件を規定している点に留意されたい。

### DSM-III-R（1987）における心的外傷後ストレス障害（PTSD）の診断基準（ヤング 2001, p.163.）

- A. 個人は(1)「通常の人が体験する範囲を越えた」、そして(2)「ほとんどの人に著しい苦痛」とおもわれる心的外傷の出来事を経験したこと
- B. 心的外傷の出来事は少なくとも次の事項の1つにおいて繰り返し再体験される。
  - (1) 再発性の、そして侵入的な苦痛な出来事の想起（著者による注釈：「侵入的」とは通常の回想や、ふと過去のことを思い出すことと異なり、患者が時には健忘して無意識下に保存されているか、あるいは過去の出来事としてストーリー性ある思い出となっていない、換言すれば自分史と統合されていないトラウマ的事件の記憶が映像、感覚、音感、嗅覚、知覚、思考などの形態で患者の予期せぬ時に脳裏を占領すること）

(2) 出来事の再発性の苦痛な夢

(3) あたかも心的外傷の出来事が再び起きたかのような突然の行動または感情 (著者による注釈: いわゆるフラッシュバック)

(4) 心的外傷の出来事の印象的、あるいはその一側面に似ている出来事にさらされた時の強い心理的苦痛

C. 個人は一般的な反応の麻痺した心的外傷あるいは経験と結びつけられた刺激を継続して避ける。この基準を満たすために、少なくとも次のことの3つを証拠づけなければならない。

考えあるいは感情を避けることについての:

(1) 心的外傷を伴う思考または感情を避ける努力

(2) 心的外傷を想起させる活動または状況を避ける努力

(3) 心的外傷の重要な局面を思い出すことができないこと

(4) 重要な活動における興味の著しい減退

(5) 他人から孤立しあるいは疎遠になる感情

(6) 感情の幅を抑えること

(7) 萎縮した未来への感覚

D. 個人は心的外傷の前に存在しなかった増大した自律神経系の覚醒の持続する症状を経験すること。少なくとも次の2つを示さなくてはならない。

(1) 入眠困難あるいは中途覚醒

(2) 易刺激性あるいは怒りの爆発

(3) 集中困難

(4) 過度の用心深さ

(5) 大げさな驚愕反応

(6) 心的外傷の出来事の特徴されたあるいはよく似た一側面の出来事にさらされた時の生理学的反応

## DSM-IV（1994）における心的外傷後ストレス障害（PTSD）の診断基準

（APA 1995, p.169-171. DSM-IVのアメリカ精神医学会に公認された日本語版では、PTSDの和名は「外傷後ストレス障害」とされている。なお、各項目に追記されている子どもの場合についての補完的説明は本稿の趣旨と無関係なので省略してある。）

A. その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

(1) 実際にまたは危うく死ぬような重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、直面した。

(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。

(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心象、思考、または知覚を含む。

(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。

(3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む。また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む。）。

（著者による注釈：「解離性（dissociative）フラッシュバック」とは、別の疾病分類である解離性障害に似て、自分の精神過程や肉体から遊離して、あたかも外からの傍観者であるかのように自分のトラウマの事件を再体験していること。また、精神科で「エピソード（episode）」という術語を使用する時は「発症」という意味である。）

(4) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または



外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。

- (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷に関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。

- (1) 外傷に関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
- (2) 外傷を想起させる活動、場所または会話を回避しようとする努力。
- (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
- (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
- (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。
- (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。
- (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。

D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。

- (1) 入眠または睡眠維持の困難。
- (2) 易刺激性または怒りの爆発。
- (3) 集中困難
- (4) 過度の警戒心
- (5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準B, C, およびDの症状）の持続期間が1ヶ月以上。

F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

## 第1節 ト라우マ研究の二つの潮流

トラウマ（Trauma）という言葉はギリシャ語本来の意味では「身体の外傷」を意味する。このため、今日でも専門家以外にはなじみにくいが、わが国の精神医学用語ではトラウマに「心的外傷」あるいは単に「外傷」という訳語を用いている。「トラウマ」を「心的外傷（心の傷）」という意味で「心の」という形容詞ぬきで使用したのは、米国の心理学者、ウィリアム・ジェームズ（William James）だと言われている（ハーマン 1999, p.405: 中井久夫の訳者あとがき）。多くのトラウマ研究者は古代メソポタミアの『ギルガメッシュ神話』にもトラウマが見いだされ、19世紀以降に発展した神経学や精神分析学、精神医学が人類が元来持つこの記憶の一つの形態を「発見」したと考えている（例えば森 2005, p.4-5、ハーマン 1999, 第1章）。以下に、ヴァン・デア・コルクとマクファーレンによるトラウマの理解を引用する。：トラウマとなるような経験をするということは、ある意味で「人であること」の本質だと言えよう。そう言い切れるほど、人類の歴史は血塗られたものである。人生に不可避な数々の悲劇に人がどのように対処してきたかは、美術や文学の旧来のテーマであった。しかしながら、トラウマが心身にどういった影響を与えるのかというテーマが科学の領域で扱われるようになったのは、20世紀後半のことである（ヴァン・デア・コルク&マクファーレン 2001, p.3.）。彼らが科学がトラウマに取り組みだした時期を19世紀ではなく20世紀後半としているのは、PTSDが1980年に精神障害としてアメリカ精神医学会に認められたことに由来していると読める。このように、トラウマは歴史を通じて、人間にとって生得的な「真実」として存在していることに全く疑いを持たない多数派の見解に対してヤングは、PTSDという疾病分類のみならずトラウマ性記憶の事実性にすら否定的である。彼はいつの時代、そしてどの文化に属する人間にも生じ得る「トラウマ」を近代科学が「発見」したとは考えていない。ヤングによれば、太古から人類は、悲哀と悔恨の感情、とりかえしのつかない喪失感、戦慄

と恐怖の感覚などの記憶に悩まされていた。ところが19世紀以降の科学は、それ以前は思考や感情の領域であった「記憶」の概念を本稿冒頭の資料に列記したPTSDの症状のような身体や行為に現れるものにまで拡張し、トラウマ性記憶（外傷性記憶）という「言説」を作り出した、とヤングは主張している（ヤング 2001, p.vii-p.ix, p.200.）。彼の議論については第4節で検討するが、留意すべき点は、ここで挙げた「トラウマ」の事実性に全く疑いを持たない研究者が全てPTSDの医学的研究と臨床の専門家（心理療法研究者の森以外は権威ある精神医学者である）であり、ヤング一人が人類学者であるというスタンスの違いかもしれない。いずれにせよ、ヤングのもののような見解も存在していることを念頭に入れて、トラウマ研究の歴史を概観してみよう。

PTSDはトラウマをめぐる二つの研究潮流から生まれた。一つはフロイト（Sigmund Freud）やジャネ（Pierre Janet）に代表される、19世紀末から20世紀初頭の幼少時の家庭内性的虐待を受けた女性達のトラウマ、いま一つは第一次大戦前後の兵士や将校に見いだされた、いわゆる「戦争神経症（War Neurosis）」である。現在、天災、事故、犯罪、強制収容所の生存者、幼少時の性的虐待や家庭内暴力の被害者、そして帰還兵まで、幅広い範囲でのトラウマを病因とみなす、「心的外傷後ストレス障害（PTSD）」は前述の二つのトラウマ研究史の後者、戦闘体験のトラウマを訴えるヴェトナム帰還兵を中心とした運動の中、1980年にアメリカ精神医学会（APA）が認めたことにより、公式な「精神障害」となったものである。

### 1) ヒステリー（Hysteria）

ヒステリーは子宮を意味するギリシャ語「ヒュステロン」を語源としていることから推察できるように、女性特有の病気であると19世紀後半当時には考えられていた。ヒステリーは現在の精神疾患分類の「転換障害（心理的要因が身体症状に転換される）」や「解離性障害（人格や意識の不統合）」を含んでいるが、弓なり発作、意識喪失発作、手足の麻痺、失明など、器質的病因がない、

つまり、内臓や神経の異常がないにもかかわらず現れる身体症状や身体の機能障害を指した（森 2005, p.52-54.）。ヒステリー治療で有名であったのは、19世紀後半、パリのサルペトリエール病院で活躍したシャルコー（Jean Martin Charcot）による催眠療法である。サルペトリエールは革命後は貧民救済院となり、乞食や売春婦など、「タチの悪い」と当時思われていた無産者を収容する場所であり、シャルコーは「火曜講義」と呼ばれた公開講義で、ハーマンの言葉を借りれば、「たえない暴力や搾取、レイプから避難した女性」を公衆の前で催眠をかけ、患者供覧を行っていた。フェミニストのハーマンは患者供覧を更なる虐待と批判しているが（ハーマン 1999, p.8）、そこには伝統という要素があろう。サルペトリエールは王政期には牢獄であり、革命後に救貧院となり、19世紀末には病院も兼ねていたが、フーコー（Michel Foucault）の研究などで知られているように、近代精神医学が誕生するまでは、罪人、浮浪者、売春婦、そして「狂人」は社会から排除されるべき対象であるという点では同じであり、牢獄のような施設と一緒に収容されていた。革命期にピネル（Phillippe Pinel）が解放するまでは、サルペトリエール牢獄に収容されていた「狂人」は鎖で拘束されていて、パリの住民の週末の娯楽の一つはそういった「狂人達」を見物しに行くことであった（フーコー 1975, p.512-524）。精神病患者が動物園の動物のような見せ物だった時代からそれほど時を経ていないサルペトリエールでは、患者供覧が人権侵害だとは考えられていなかっただろう。後に心的トラウマを「発見」し、精神分析を生み出したフロイトも若き日にはシャルコーに心酔し、サルペトリエールに留学していた時期がある。

ヒステリーの原因として「衝撃的体験」すなわち、「トラウマ」を見いだしたのは、フランスのジャネ（Pierre Janet）と、フロイト及びその共同研究者のプロイアー（Josef Breuer）である。ジャネは夢遊病、自動書記、人格転換などは「下意識（subconscience）」で自動的に行われると考え、ヒステリーの研究中に、患者が忘れている「衝撃的な体験」が症状を生み出すことに気付いた。それは月経前にきまって痙攣などのヒステリー発作を起こす女性が、初

潮を迎えた時に大変な驚愕と衝撃を味わったことが判明したことによる。この経験は、現在のPTSDに現れる可能性がある健忘症状に似て、患者本人の記憶には残っていなかった。ジャネはこのような過去の出来事を「トラウマ性記憶」と呼んだ。また、ウィーンではフロイトとブロイアーが催眠を使用しない「お話療法」を行い、患者が語っているうちに過去のトラウマ性事件を思い出させることに成功した。フロイトは出来事を思い出すことに随伴する情動が「言語化」されることによって浄化されると主張し、この治療法を「カタルシス（浄化）法」と呼んだ（森 2005, p.55-63）。言うまでもなくフロイトの影響は20世紀の精神医学に強い影響を遺し、後述する戦争神経症の治療でもカタルシス療法に近い治療は行われ、また、1980-90年代のアメリカでも精神分析の影響が強い力動精神学を（当時はもう時代遅れだったが）採用する復員軍人局のPTSD治療センターでは「開示（disclosure）」と呼ばれる戦闘トラウマ体験を「語る」ことが治療とされた（ヤング 2001, 第6章）。

冒頭で述べたように、昨今のPTSD研究では幼少時の性的虐待がトラウマとなっている症例が注目されている。フロイトはカタルシス療法で女性患者達の語りを聞くことを通じて、ヒステリーの原因は幼少時に家族や使用人から性的虐待を受けたことにあるという「誘惑説」を発表した。しかし、幼少児に対する性倒錯者が蔓延していると思わせるこの説は、フロイトの顧客だったウィーンの中上流階層の人々にはとても受け入れることができなかった。おそらく開業治療家だったことが主な原因と推察されるが、フロイトは間もなく患者が語りの中で嘘をつくことが頻繁にあるという認識のもと、「誘惑説」を斥けることになった。その後のフロイトは無意識の世界という理論的枠組みの中でリビドーやタナトウスといった概念をもとに精神分析を確立する方向に進む。しかし、今日ではフロイトのクライアントだった女性達は作り話をしていたのではなく、実際に幼少時に性的虐待を受けていたという説が強力である。ハーマンは現代アメリカ社会における子どもの性的虐待の実態からそう推察している（ハーマン 1999, p.13-14.）。

## 2) 戦争神経症（War Neurosis）

戦争神経症は第一次大戦まで砲弾の爆発などによる物理的な衝撃によって神経系が「目には見えないが解剖すれば判明する程度に」冒されることによると考えられていた。この見方の源泉は、1) のヒステリー研究より以前に指摘されていた「鉄道脊椎（railway spine）」にある。英国で初めて鉄道が開通したのは1825年であるが、1842年にパリ-ヴェルサイユ間で死者53人を出す大事故が起こったのを始まりとして、19世紀には何度か大惨事となる事故が起こっている。注目されたのは、身体に外傷を負っていないにもかかわらず、神経、循環器、呼吸器の機能障害に苦しむ人々が続出したことだった。英国の外科医、エリクセン（John Erichsen）は、補償金目当ての詐病とは判断できないこのような症例を、事故の際に大きく揺さぶられる衝撃によって肉眼では見えない脊椎の損傷を受けたことによるものとした。それに対して同じく、英国の外科医、ペイジ（Herbert Page）は事故の時に感じた死の恐怖が症状を起こす最大の因子であるとした（森 2005, p.30-39）。前述のDSM-IVのPTSD診断基準で外傷性出来事が第一に、「実際にまたは危うく死ぬような重傷を負うような出来事」と定義されているように、ペイジの研究は、史上初めて、死の恐怖が身体的症状を含めた心理的後遺症を遺すと主張するものだったのである。

ヒステリー研究、鉄道脊椎、そしてこの後、検討する戦場での兵士のトラウマ性の病は、第二次世界大戦後に現代精神医学が確立するまでは、身体症状として表出するものにのみ、医学的視点が向けられ、精神／心理状態に注意が払われることはなかった。17世紀の欧州やアメリカの南北戦争（1861-1865）で「ノスタルジア」と呼ばれ、クリミア戦争（1853-6）において「心臓機能障害（DAH: Disordered Action of Heart）」、アメリカ独立戦争（1775-83）では「戦闘疲労」に似た症状が「過敏性心臓（Irritable Heart）」、ナポレオン戦争時に「呼吸体質（Wind Constitutions）」と呼ばれた戦争神経症は、全て身体に傷を受けていないにもかかわらず発症する身体的障害を意味した（Jones & Wessely

2005, p.1)。第一次大戦以前は、戦闘によるトラウマ性体験から精神的、心理的ダメージを受けた兵士は、士気が無く、上官の命令に従わない臆病者、愛国心や忠誠に欠ける者として、軍法会議などの処罰の対象となることが多かった（コーモス 1984, p.32）。

戦争神経症が本格的に注目されたのは、第一次世界大戦（1914-1918）の勃発直後である。第一次大戦は史上初の総力戦であるがゆえに市民にも空襲の被害があり、また、戦車や毒ガスなど近代的兵器が使用されたことで知られている。戦場では塹壕戦が繰り返され、兵士は塹壕の中で砲弾の衝撃と恐怖を戦友の身体が飛び散るのを見ながら耐えることを強いられ、負傷した兵士は身動きできず、戦慄のさなかで爆撃が止むのを待つしかなかった。戦争が始まってすぐに、欧州の戦線で、砲弾の炸裂によるショックは受けてはいるが、身体に負傷していない兵士に「疫病のように広がった」諸症状が「シェルショック（砲弾ショック）」と呼ばれた戦争神経症である。シェルショックは、エリクセンが提示した「鉄道脊髄」のように、神経系統の「目に見えない」物理的損傷を想定しているものである。しかし、1922年から25年の期間、アメリカの復員軍人病院でシェルショックに罹った多くの兵士の治療にあたり、多数の症例を収集・研究したカーディナーは、迫り来る自己抹殺の脅威に対する反応が病理の核であるとし、これらの症状群を「戦争神経症」と名付けた（カーディナー 2004, p.136-146, p.327-328）。彼の研究こそが、今日のPTSDがベトナム戦争帰還兵のトラウマ性精神障害と公認される基礎となった。カーディナーは1922年にウィーンに渡り、フロイトの精神分析を受けた経験から、精神分析の影響を受けた力動精神医学に基づく、防衛としての適応が神経症を生み出すメカニズムであるという理論を提示している（カーディナー 2004, 第9章）。なお、フロイトは第一次大戦直後に、戦争神経症は彼の欲動理論（快感を求める願望充足機能）では説明できず、苦痛をもたらした状況の単なる反復としか考えられないとして、カーディナーも採用した「反復強迫」概念を提示した（フロイト 1969）。

カーディナーは臆病といった性格上の問題や愛国心や上官への忠誠の欠如、神経症（精神病）の既往歴といった、従来信じられていた患者の個人の素質と戦争神経症は無関係であり、戦争体験に曝された者は、外傷症候群の症状のいくつかを、たとえ一時期であっても、起こさずには済まないと述べている（カーディナー 2004, p.327）。また、有能なリーダーであり、責任回避をしない並外れて優良な戦士こそ、外傷に対する意識的な統制機構が全て崩壊するまで前線に留まるために戦争神経症に罹る者が典型例だと述べている（カーディナー 2004, p.53）。彼は戦場での精神破綻を起こした後に正常な状態に戻る症例を「戦闘疲労 Combat Fatigue」、戻れなかった者を「外傷神経症」と分類している（カーディナー 2004, p.148.）。さらに、早期（6ヶ月以内）に治療をしないと外傷神経症の症状が人格に組み込まれて慢性化するという、35件の症例の観察結果を報告している（カーディナー 2004, p.344.）。慢性戦争神経症の諸症状として、外傷体験の状況の回避、悪夢、反復脅迫、易刺激性、紋切り型驚愕、爆発的・攻撃的反応パターン、知的能力を含む正常機能の一般水準低下、外界への関心縮小、世界が敵意に満ちているという妄想、<sup>しんせん</sup>震振、心拍異常、吃音や胃けいれんが報告されている（カーディナー 2004, p.333-334.）。DSM-IIIにPTSDを掲載するか否かを検討するアメリカ精神医学会の「ヴェトナム帰還兵作業班」の調査では724名のヴェトナム帰還兵がカーディナーの提示した症状分類にあてはまった（カーディナー 2004 p.372. 訳者、中井久夫による解説）。

カーディナーは第一次大戦と第二次大戦には同一の戦争神経症候群がみとめられると述べているが（カーディナー 2004, p.2）、筆者が調べたところ、第二次世界大戦であらたに指摘された特有の戦闘ストレス症候群を特定する研究は見つからなかった。ただし、第一次大戦で戦争神経症にかかった兵士の数が、新規徴集兵を補充するペースに追いつかないほど多発したことを受け、第二次世界大戦時のアメリカ軍が「スクリーニング（screening）」を実施したことが特徴的である。スクリーニングは精神的に軍務に適さないと精神科医が判断



した者を除外するもので、徴兵者の100万人以上が検査不合格となった。スクリーニングに効果はあまりなく、心理的障害はやはり多発したと言われているが、第二次大戦の米軍では軍精神科医が病んだ兵士を基地の病院に後送することが許されなかったため、実状を反映したデータは存在しないと言われている(カチンス&カーク2002, p.132)。

第二次世界大戦をめぐるのは、兵士の戦争神経症よりも広島と長崎への原爆投下やホロコーストといった市民が被った甚大なトラウマが注目された。広島の被爆者のトラウマ研究は、PTSDを診断分類として確立させた重要な運動家の一人である、リフトンが行ったものが有名である(Lifton 1994.)。

## 第2節 軍事精神医療とヴェトナム戦争

軍事医療の治療目的は、平時の市民生活における医療とは対照的に、患者である兵士の福利にはなく、愛国的献身と兵力減少の阻止にある。この特殊性は「軍医」の使命としては自明のことかもしれない。第一次大戦時のドイツ軍とオーストリア＝ハンガリー軍の軍事医療を研究したブラナー (José Brunner) は、軍精神科医の役目とは、精神破綻した兵士を戦闘にふさわしい状態に戻すだけでなく、障害年金や補償金を戦後に莫大に支払う重荷から国家を防衛することであったと結論している (Brunner 1991, p.354.)。

しかし、皮肉なことに、兵力減少と障害年金請求の阻止という目的のためには、有効な治療が必要である。ヴェトナム戦争帰還兵の除隊後のPTSD発症の原因とされる戦場での治療法を論ずる前に、戦争神経症悪化のために軍の病院に後送された兵士の「効果的な」治療を正反対の方法で目指した二人の英国軍精神科医を比較してみよう。残忍な電気ショックの脅迫的治療法で悪名高いイエランド (Lewis R. Yealland) と、いま一人は、人道的な治療で今も伝説となっている高名なりヴァース<sup>(2)</sup> (William Halse R. Rivers) である。

イエランドは電気ショック療法を「集中的治療メソッド (intensive

method of treatment)」と呼び、全ての患者に対して共通のサディスティックな演出を行っている。それは彼が電気ショックの効果を信じていることに加え、このような治療法には、患者に治療期間中、ずっと、自分は回復すると信じ込ませる「暗示」の必要があるからだといエランドは主張している（Yealland 1918, p.5）。電気ショックは大抵、夜に患者を電気療法室に連行することから始まる。ドアは施錠され、電灯は消され、見える光はバッテリーだけである。患者はもちろんベッドに拘束されている。エランドの言葉使いは「（失語症の患者の場合）貴様がまともにしゃべれるようになるまで、何度だってきつい電流をくらわしてやる」というような軍隊的あるいは下品な威圧調を意識的に選んでいる。「治るまで電気ショックを与え続ける」こと以外に必ず言う台詞はいくつかあるが、すべて暗示効果を狙った演出である。一つは「俺は貴様のような患者はうんざりするほど診てきた。」であり、これは患者に「自分の病気はよくある病気であり、自分も多くの同病患者のように回復できる」と信じさせる目的を持っている。また、電気ショックの苦痛に耐えかねてエランドから逃れようとする患者には「貴様が俺から逃げようとしても無駄だ。ドアには鍵がかかっている。鍵は俺のポケットの中だ。」と言う。これは患者を治療者の絶対的支配に服従させる必要があるからである。また、彼はサディスティックな台詞のみを口にするわけではない。「俺は貴様が英雄になるだろうと信じているんだ。だから、英雄のように振るまえ。」。彼自身の叙述によれば、このメソッドは有効であり、多くの患者は短期間で回復しエランドに深い謝辞を述べるという（Yealland 1918, p.6-8.）。現在から見ると非人道的と思えるような治療メソッドは、兵士を迅速に回復させて軍隊に復帰させ、戦後に傷病兵としての恩給の請求をさせない国家目的のために行われていたと推測できよう。

他方、リヴァースは精神分析の影響を受けた「オートグノシス（自己認識）」と名付けた治療法を実践していた。オートグノシスは患者と担当医とが外傷的過去とそれと現在との関係の詳細な検討を行うものであるが、対象は神経衰弱

(不安神経症) だけである。身体症状などが主体の戦争ヒステリーは暗示が原因と考えられていたので、「除反応」が採用された。除反応は催眠かバルビツール剤を用いて、患者が禁圧している外傷体験に連れ戻し、記憶を引き出して情動を蘇らせて意識に上らせるようにし、記憶を言語化し、実際に語らせてその情動を解き放つものである (ヤング 2001, p.96-8.)。リヴァースが人道的医師として有名なのは、オートグノシスという患者との対話に長時間を割き、忍耐強く、また、誰の話も真摯に誠実に受け止めて対話を進めていったからだと言われている。ハーマンはリヴァースの「人道的治療」の二つの原則が第二次大戦のアメリカ軍精神科医に受け継がれたとしている。その原則とは、①文句無しの勇士達にも圧倒的な恐怖の前に屈することがあることを証明②この恐怖を克服するもっとも効果的な動機づけとしては愛国心や抽象的な原則や敵への憎しみでは弱すぎであり、それより強いものは兵士同士の友愛、である (ハーマン 1992, p.28-29.)。リヴァースが精神医学界の伝説となったのは、詩人のサッスーン (Siegfried Sassoon) を患者として担当したことによって、サッスーン (ホモセクシュアルであった) に「代父」として敬愛され、自伝的小説 *Sherston's Progress* (『シャーストンの前進』) (Sassoon 1936) に、すべての患者に愛された人徳ある名医として実名で登場することも大きな理由として挙げられる。リヴァースの「脱神話化」はヤングがオートグノシス批判として行っているので関心のある読者はそちらを読んでもらいたいが (ヤング 2001, 第2章)、本稿では彼の差別意識と軍医としてのイェランドと共通する治療目的に簡単に触れたい。リヴァースは20世紀初頭の英国人にありがちな階級差別意識がかなり強い人物であった。下層階級出身の兵卒と中上流階級出身の将校を診断上でも区別 (差別) している。彼の著作によれば、ヒステリーに罹るのは自己抑制の教育を受けていない兵卒であり (Rivers 1920, p.186, p.202)、大戦で兵卒のヒステリーが多発するのは恐怖に耐える軍事訓練が不足していることを原因としている (Rivers 1920, p.206)。これに対して将校は、士官学校に入る前に、スポーツや規律などを通じたパブリックスクールの厳格な教育によっ

て、恐怖の感情だけでなく、自分の感情全般を統制する訓練を受けている。したがって、優秀な将校ほど、軍務への責任感を全うしすぎるために不安神経症にかかりがちであるが、そういった人々は受けた教育による精神的抑制力によって必ず軍務に復帰できる（Rivers 1920, p.209）。この点が将校と兵卒の最も大きな差異だというのである。また、反戦詩人として入院したサッスーンが前述したリヴァースの原則どおり、今なお戦っている戦友達への友愛のために戦場へ戻って行ったように、治療目的はあくまでも患者を戦場に帰すという、国家利益への貢献にあった。

次に病院ではなく、戦場における軍事精神医療の原則を検討してみよう。第一次大戦中の1916年、フランスの軍医ジョルジュ・ギャン（Georges Guillain）の治療提案がヴェトナム戦争でも採用された「PIE治療」原則である。ギャンは基地の病院に収容されている機能性／心理性症状を患う兵士の数から戦闘部隊の損失を心配し、発病時には完全に治療可能であるという持論から、患者は前線から撤退させるべきでなく、戦闘ゾーンにとどめられるべきだと提案した。これを受けたフランス軍司令部は、精神破綻を起こした兵士の治療は塹壕から1.6キロ以内と取り決めた。この治療方針、PIEは‘Proximity, immediacy and expectancy（近接、即時、期待）’の略であり、できるだけ前線に近いところで、出来るだけ迅速に、兵士に戦線復帰できると期待を持たせながら、治療を行うというものである（Jones and Wessely 2005, p.25-26.）。カーディナーも精神破綻を起こした兵士を数日間の治療と休養をとらせつつ、炊事係として所属部隊にとどめ置くことが最優先課題とだという治療法を強調している。彼はそれが兵士の福利にもなるのだと言う。カーディナーが問題にしているのは「二次的疾病利得」の弊害である。治癒しなければ除隊でき、前線に戻る義務を免れられる（場合によっては戦後の補償の給付）という利得に気付いた兵士は治療に抵抗するため、慢性化を予防する唯一の方法である初段階での有効治療を受ける機会を逸するため、戦争神経症が慢性化して完治が不可能になると言う理屈である（カーディナー 2004, p.3. p.150, p.344.）。

PIEは1917年に渡欧していたトーマス・サーモン (Thomas Salmon: 後のアメリカ精神医学会会長) によって第一次大戦末期に米軍に紹介された (Jones and Wessely 2005, p.25-26.)。PIEはアメリカではサーモン・ドクトリン (またはサーモン・プロセス) と呼ばれ、第二次大戦では殆ど忘れられていたが1944年から再開され、ヴェトナム戦争の治療法として確立した。

サーモン・ドクトリンの目標は前述したように戦闘力の維持である。確かにヴェトナムの戦場での精神病発症率は低かったが、「戦闘疲労」としてトラウマの衝撃が否認され、4-5日で直ちに戦闘に戻ることを余儀なくされることになった。軍隊の利益だけを考慮したPIE治療 (サーモン・ドクトリン) が、ヴェトナム戦争中には帰還後、時には長い時間をおいてから、PTSDなどトラウマ性精神障害をヴェトナム帰還兵に発症させる原因となったとする見解は次の段落で検討するように、有力である。

トラウマ的出来事が起こった人には、例えて言うならば最愛の人を失った人が過ごすような「服喪追悼」期間が必要であるとリフトンは主張している。彼によれば、トラウマになる可能性のある大きな悲しみや衝撃、恐怖体験をした人には、元の生活に戻るまでに、周囲の支援を得ながら、可能なら本物の追悼のような儀式的行為を通じて、その出来事の意味を理解して受け止め、自己にとって「過去の出来事」とする作業をするための期間をかなり長く要する。トラウマ的事件の「服喪追悼期間」が全く与えられず、わずか数日で戦線に戻された「戦闘疲労」兵士は、後に深刻な心理的破綻をきたす危険性が高く、「服喪追悼」期間の欠如こそが外傷的過程への囚われを招くとリフトンは強調している。 (Lifton 1973, p.493, カチンス&カーク2002, p.133-4, ハーマン 1992, p.103.)。PTSD治療者としてのハーマンは回復までの彼女の治療法の過程に、発症後の「服喪追悼」を行っている。それは、ヤングがフィールドワークを行った復員軍人局の匿名のPTSDセンターでも集団療法中心に行われていたこと (成功には至っていない) だが (ヤング 2001, 第6章)、外傷のストーリーを完全に、深く、具体的細部に渡って「語る」ことを通じて、記憶を再構成し、外

傷性記憶の形を変えて、患者のライフヒストリー（生活史全般）の中に統合することである（ハーマン 第9章）。

また、リフトンはヴェトナム戦争の軍精神科医と従軍牧師を倫理的に厳しく非難している。リフトンが参加した帰還兵の「ラップグループ（おしゃべり会）」でしばしば話題になったのは、軍のシュリンクと牧師への憎悪だった。残虐行為を犯し、倫理的・心理的葛藤を抱える兵士が精神科医の面談を受けに行くと、普通のGIがヴェトナムでしているようにするよう指示されることが通常のパターンだった。また、ミライ（ソンミ村）の虐殺（1968年）の発端は米軍下士官が地雷死したことだったが、彼の葬儀で指揮官が「村中の者を皆殺しにせよ」と命令した。それを従軍牧師が精神的に支持したという証言もあった。リフトンは精神的・霊的権威である軍精神科医と従軍牧師が軍司令部とだけでなく、墮落した兵士の魂と罪深い同盟を結び、邪悪（残虐行為や戦争犯罪）を正当化していると告発している。この罪深い同盟、精神科医と牧師のダブルエージェント（二重操作）こそが、魂の墮落のみが生存への道だという刷り込みを兵士に行ったと言うのである。そして残虐行為の罪業感は帰還兵達をPTSDに絡めとらせていくのである（リフトン1984, p.156-7, Lifton 1974, p.167.）。

この節を締めくくるにあたり、ヴェトナム帰還兵がPTSDの公式認定を要望した動機の一つである、兵役関連障害の補償金と年金（恩給）について検討しよう。戦後に莫大な補償金や年金を支払う義務から国家を守ること軍医の使命であることは前述した。カーディナーは、一定期間で打ち切られる制度であった第一次世界大戦の補償金システムが治療効果なく永久に障害を抱えてさまよう帰還兵を出した問題を指摘してはいるが、他方、多くの元兵士が機会を悪用して国から障害年金をむしりとろうとしたとも述べている。後者はヴェトナム戦争にもみられた詐病の問題であるが、カーディナーは真の戦争神経症患者に対する補償金について極端な見解を持っている。彼の主張を引用しよう。：外傷神経症の補償問題についての答えは一つ、補償はすべきではない。何をしてあげるべきかは、治療による回復（発病6ヶ月以内に即刻開始）であ

り、患者が低下した能力に見合う適応方法を立ててからでは遅い。よくなったら障害年金が来なくなる（二次的疾病利得）という治療抵抗はあってはならない。国立機関で社会復帰能力を取り戻すまで見放さないようにすればよい。治療に反応しない場合だけ（てんかん型戦争神経症など職業復帰が難しい患者など）、回復期療養所（convalescent camps）に移し、定期的に医療を受けつつ、限られた責任の半独立的起業を練習として行わせることが適切な補償である（カーディナー2004, p.319-323）。カーディナーの議論は、あからさまな表現を避けつつ、他の軍事精神科医同様、国家利益を治療や神経症の法的問題解決の目的としていることが明らかであるが、この目的を患者の治療の有効性や福利と結びつけて主張するところに特徴がある。

ヴェトナム戦争帰還兵の二次的疾病利得にまつわる、「詐病性PTSD」をヤングが指摘している。ヤングによれば、ラップグループに参加した戦闘経験のない帰還兵が他の帰還兵と親しくなり、誰かの本当の話をなぞった「外傷的事件」を手に入れ、自分の失望や挫折の物語を語りなおし、治療グループに入れてもらうことがあったという。こういったケースは必ずしも意図的な虚偽ではなく、ヤングが「その事件は自分史の一部となってしまう、ついに切り離そうとしても切れなくなった」と説明している。これは最近話題になっている「偽記憶症候群（false memory syndrome）」と関係していると彼は言う。偽記憶症候群とは、治療者の助けによって「被害者」が抑圧されている幼少期の記憶を再発見するもので、外傷的な性的虐待など、近親者の罪咎をありとするものである。ヤングの論じていることは、フロイトが「誘惑説」を斥けた「患者の語りの偽り」説が現代、また蘇っているかのようである。前述のようにハーマンはこういった見解に絶対に反対だろう。しかしヤングは、エリクセンやリヴァースも補償の存在を知ると、患者が意図的でなくとも、偽記憶による外傷的記憶が増幅されると述べていることを指摘している（ヤング p.192-3）。

ヤングはヴェトナム帰還兵に一见、厳しい立場をとっている。彼によれば、PTSDの診断項目は帰還兵が復員軍人局（V.A.）の提供する医療サービスを

最大限まで受けられ、傷害年金を最大限まで受けられるように『兵役関連障害』という地位を揺るぎないものにするためにつくられたものである（ヤング 2001, p.xxxiii）。しかし、彼が帰還兵自体ではなく、PTSDを形成し、今に至るまでその障害概念の確立を続行している、現代精神医学を批判している点に留意する必要がある。

続く第3節で検討するように、帰還兵がトラウマの後遺症で病み、社会への再適応に問題を抱え、戦争への反感から社会が帰還兵に偏見と差別意識を持っていたために就労や社会からの支援を受けることが困難であり、彼らにとって兵役関連障害の補償問題は切実であったのは事実である。彼らがPTSDが公式な精神科診断に採用されることを要求した主要な動機は復員軍人局の医療サービスと補償金を受けることであった。

### 第3節 PTSD成立までの闘争

PTSDを精神科診断のバイブル、DSMに採用させるための闘争の主役は、反戦ヴェトナム帰還兵会（Vietnam Veterans Against the War: VVAW）とその同盟者である反戦精神科医、リフトンとシェイタン、そして、ボストン復員軍人局病院に勤務していた若き女性ソーシャルワーカー、ヘイリー（Sarah A. Haley）である。本稿では便宜上、VVAWと医療関係者等の同盟者達をまとめて「帰還兵グループ」と呼ぶことにする。

ヘイリーは大学院卒業後、就職初日に、ミライ（ソンミ村）虐殺事件を目撃した帰還兵の話を聞いて衝撃を受けた。他の復員軍人局スタッフはこの帰還兵の証言を統合失調症（当時の病名は精神分裂病）の妄想と片付けていたが、彼女は彼の語ることは真実であると信じ、広島原爆被爆者についての著作『生の中の死（Lifton 1967）』で広く賞賛されていたリフトンに、この帰還兵の面接を依頼した。リフトンはミライの虐殺を新聞報道で知っていたため、彼の証言を信じた。これがヴェトナム帰還兵のトラウマが専門家に注目された最初



の機会である。唯一の復員軍人局 (V.A.) スタッフとして帰還兵との同盟に加わったヘイリーは、後に PTSD を DSM-III に採用させた決定的な事実調査を、復員軍人局病院のカルテを上司に内緒で閲覧して実行している (ハーレー 1984)。

他方、彼らの闘争の「敵役」を演ずるのはアメリカ精神医学会 (APA) の保守的な会員達であり、直接的な説得の対象は DSM-III 編集責任者、スピッツァーであった。ヤングは 1974 年に APA 理事会がスピッツァーをマニュアル改訂の実務作業班長に指名した当時、なぜか、彼のことを「コロンビア大に籍を置く一介の精神科医であった (ヤング 2001, p.134.)」と書いているが、実際は、スピッツァーは既に 1965 年に改訂作業を開始した DSM-II (1968) の資料収集と最終稿提出の責任者という実績を持っており (Scott 1990, p.296)、その後 20 年間にわたって DSM に幅広い影響を及ぼした精神疾患分類学の権威として君臨し続けた (カチンス&カーク 2002, p.iv.)。したがって、74 年の時点では既に APA でかなりの名声と影響力を持っていたはずである。DSM 編集作業におけるスピッツァーの狙いは、当時まで主流派であった精神分析 (とその影響が濃い力動精神学) をアメリカ精神医学界から追放し、ドイツのクレペリン (Emil Kraepelin) 的な精神医学分類法を採用することにあった。クレペリン的分類法とは、身体障害からの類推、可視的現象の周到な観察 (症例の経過を体系的に記録して収集し比較してはじめて症状集合を同定できるとする経験論的研究) であり、分類は病因を明らかにする第一歩であると主張するものであった (ヤング 2001, p.128-9)。クレペリン主義のスピッツァーはエヴィデンスを重視する。したがって、ヴェトナム帰還兵の協力者達は 700 にも上るデータ収集を行う努力を強いられた。

また、スピッツァーという人物はアメリカ精神医学会内部と外部との交渉、説得、妥協にたけた医学界の巧妙な政治家でもあった。DSM-III における主要な改変は PTSD の採用だけではない。もうひとつの大変革は同性愛の削除である。DSM-II までは、同性愛は「厳格で冷酷な父親と過保護な母親という環

境で育成されることが病因である」とする精神分析の知見に基づいて、「精神病」と判断されていた。この診断は同性愛者達の激しい反発を生み、ゲイの運動家達がスピッツァーに「同性愛」を精神疾患分類から削除するように強く要求していた。セクシュアリティやジェンダーに関する認識の社会的変化を背景に、スピッツァーは巧みな戦略で同性愛項目の削除を行った。彼は「自我違和的な同性愛（Ego-dystomic Homo-Sexuality: EDH）」つまり、同性愛を望まずに苦悩する同性愛者の疾患項目を作って同性愛項目そのものは除去了。こうすることによって彼は、クライアントを失うことを恐れる精神分析医の妥協を獲得し、同性愛は精神病ではないとする運動に応えることに成功したのである（カチンス&カーク1997, 第3章）。

第一次世界大戦から朝鮮戦争までの帰還兵が、患者の側から戦争神経症を精神医学界に公認させる政治的運動を行ったことはない。ハーマンによれば、ヴェトナム戦争は社会が排斥した「忌まわしい戦争」であった。そこにヴェトナム以前の戦争とは違った、ヴェトナム戦争特有のトラウマが生じる可能性があったと考えられる。ハーマンは以下の六つの特徴を指摘している。1) 宣戦布告なき戦争であったし、確立した民主主義的な意思決定過程によって正式にアメリカ国民の承認を受けてはいなかった。2) 戦争中に戦争に賛成する世論の一致が生まれることもなく、同時に軍事行動に現実に即した目標を確定することもできなかったにもかかわらず、合衆国政府は百万を越える青年を徴兵した（平均年齢19歳）。3) 戦死者数が上昇するにつれて戦争反対の世論が盛り上がった。4) 反戦感情を封じ込めようとする試みがなされた結果、兵士を市民から隔離し、兵士相互も連絡をとらせない政策が採られた、5) 兵士は別々のスケジュールで一年間のヴェトナムでの戦争直接参加の義務年限に送られ、歓呼の声で見送られる機会もなく、部隊内で連帯感をつくる機会もなく、凱旋式もなく個別に帰宅した。そして、彼女のヴェトナム帰還兵が置かれた状況に関する結論は、兵士が生命を賭ける以前に解決されてあるべきだった政治紛争にからみとられ、兵士達は自らが戦って敗北した戦争に対する公衆の批判と排

斥に出会って「二度目の外傷を負った（戦闘関連トラウマが初回）」というものである。（ハーマン 1992, p.106-107）。

ハーマンの指摘以外にも、ベトナム戦争は史上初めてテレビスクリーンに戦闘が実況中継され、従軍記者が多数同行した「ライブの戦争」だった点をあげることができる。ジャーナリストの多くは、アメリカ軍の残虐行為（女性、子ども、老人の虐殺や村の焼き討ち）を世界中に報道した。アメリカ人は報道によって、ベトナムにいる兵士は「殺人狂」で「麻薬中毒者」だというイメージを持っていた。

リフトンは、帰還兵達が「祖国の英雄」どころか、「汚く不可解な戦争」を実行した「汚れた存在」と社会にみなされ、いかに家族も含めた周囲に冷たく扱われたかを語るのを聞いている。例えば空港に到着した帰還兵（軍服を着用している）がつばを吐きかけられたり、ののしられたりすることや、ホームレスとなった体験を持つ元海兵隊員でPTSD患者のネルソン（Allan Nelson）が証言するように、帰宅してみたものの「お前は人が変わった」と親に追い出された者も多い。また、リフトンが参加したラップグループの多くの帰還兵が経験したことは、子ども達から「ベトナムで人を殺したの?」「何人殺したの?」「人を殺すって、どういう気持ち?」と、彼らの罪業感の琴線に直接触れる質問をされることだった（Lifton1973 p.100-101., ネルソンp.11, p.22, 白井2006, p.145.）。子どもは親や学校教師といった周囲の大人の影響を受けやすい存在であるから、軍人や兵士を尊敬することを刷り込む愛国教育を行っていた第二次大戦中の日本の子どもと対照的に、ベトナム戦争時代のアメリカの子どもは大人から聞いた話をそのまま受けて、兵士＝人殺し、のイメージを持っていたのだろう。トラウマに病んでいても社会は帰還兵をはじめてから‘Crazy Vet. Vet.’という蔑称に示される偏見で扱い、救いの手を差し伸べるアメリカ市民は少なかった。孤立した帰還兵達は徐々に悩みを打ち明けられる仲間同士のグループを形成するようになる。それらのグループの中でPTSD診断成立の核となるのは、1967年にニューヨークで設立された反戦ヴェトナ

ム帰還兵会（VVAW）である。会長は陸軍士官学校（ウェストポイント）出身のエリート帰還将校、ジャン・バリー（Jan Barry）だったが、メンバーの多くは貧困層出身で、PTSDやアルコール／薬物依存のせいで職も定まった住所すら持たない元兵卒だった（Hunt 1999, p.1-12）。

VVAWはRAW作戦（Operation Rapid American Withdrawal）に代表される反戦デモ等の抗議活動や、戦争体験を公衆にしらしめる「冬の兵士聴聞会（the Winter Soldier Investigation）<sup>(3)</sup>」といった反戦活動で知られている（Hunt 1999, p.43, p.57）。しかし、PTSDの公式認定で最も重要な役割をしめたのは「ラップグループ」である。

リフトンとシェイタンは1970年にニューヨークのラップグループに招かれ、以降、「スペシャリスト」と呼ばれ、戦闘体験を持つ帰還兵と「互いの知識を交換しあう」ようになった。このようなスタイルであるのは、前述したように帰還兵とリフトンらが軍精神科医の権威を否定していたためである。実際にはラップグループは「街角精神科（street-corner psychiatry）」として治療センターを兼ねていたのだが、帰還兵達とリフトンやシェイタンは「ドクターと患者」としてではなく、対等な同志として同盟を結んだ（Lifton 1974, p.80. リフトン 1984, p.146-149.）。彼らがラップグループで出会った帰還兵の体験やトラウマ性症状の語りは、PTSD成立の過程で重要なデータとなる。ラップグループ参加の成果を彼らは早くも数年間のうちに世間に公表している。シェイタンは72年にニューヨーク・タイムズ紙に、広範な遅発性の戦争トラウマ障害として「ポスト・ヴェトナム症候群」が発生していることを投書で発表した。この署名記事の掲載後、シェイタンには連絡が殺到し、ラップグループが雨後の筍のように全米に作られた（Scott 1990, p.301.）。他方、リフトンは73年に上院の小委員会で帰還兵に起こっている病理の証人喚問に招かれた。同年、彼は帰還兵の体験と彼らのトラウマ性障害の病因を論じた『戦争より帰る（*Home from the War*）（Lifton 1973.）』を出版している（ヤング 2001, p.149-150.）。

ラップグループでは、帰還兵が社会への再適応問題を抱えているにもかかわらず

らず、政府関係者と退役軍人局VA中枢部が援助を怠っていることや、戦争遂行必要性を主張していた同じ役人が戦争と精神障害との因果関係を研究する予算を大幅に削減していることへの不満が語られ、社会保障の給付を求める声などがあがっていた（カチンス&カーク2002, p.126）。リフトンとシェイタンは、彼らの精神的問題が兵役関連障害として政府に認められるために、「ポスト・ヴェトナム症候群」のDSM掲載を目指すことになった。

通常、トラウマは人災天災の被害者のものと考えられているが、PTSDの原型である「ポスト・ヴェトナム症候群」は、ヴェトナムにおける残虐行為の「加害者」である帰還兵の「罪業感」が主要な病因である。第一次世界大戦後、早くもフロイトは戦争神経症の原因に、死の危機と並んで、「道徳の危機」も指摘していた。すなわち、殺人を命じる上官の仮借なき抑圧に対する反抗を経て、兵士は自分以外の人間に暴力をふるうことによって心的外傷を受けることがあるのではないか、という考察である。兵士は外傷的暴力の加害者であると同時に被害者であり、フロイトはこれを「外傷性罪業感」と呼んだ（ヤング 2001, p.105-106.）。兵士とは加害者であると同時に被害者である、という見解はリフトンの著作『戦場から帰る』の副題、「被害者でもなく死刑執行人でもなく（Neither Victims nor Executioners）」に援用されている（Lifton 1973.）。

ヴェトナムでの残虐行為とは、捕虜の拷問やその結果としての殺害、南ヴェトナム解放戦線の兵士（ヴェトコン）を匿っていると疑われる村の「サーチ・アンド・デストロイ」と呼ばれる、女性や子ども、老人も含めた殲滅作戦や、その前後に行われるレイプ、殺したヴェトナム人（ヴェトコンか一般市民かは兵士にもわからない）の耳の切断、頭皮を剥ぐといった死体損壊や、切り取った耳を集めて戦功を誇示するために身につけたり、殺害したヴェトナム人の頭部を持った自分の写真や、戦闘成果として大量の死体の写真をグリーティングカードにするとしたことである（白井 2006, p.94.）。

ハーマンの分析では、前線が無い対ゲリラ戦だったヴェトナム戦争では、戦闘において勝利をおさめるという目標があり得なくなり、成功の基準が殺人の

数そのものとなった時、兵士には単なる死の「目撃者」ではなく、無意味な悪業に関与することによって、長期に渡って心理的ダメージを受けやすい脆弱さが生まれる。ハーマンは1985年に行われたローファー、ブレット、ギャロップスの研究を引用し、残虐行為に関与したことを認めた元兵士の「全てに」戦後10年経過した時点でPTSDが見られることを指摘している（ハーマン 1992, p.80-83）。

リフトンが「兵士の魂の墮落」を促す軍精神科医と従軍牧師を非難したことは前述したが、シェイタンとリフトンはヴェトナム帰還兵の「罪業感 guilt」に同情をよせ、それをトラウマと規定している。その上、彼らの犯した残虐行為を、DSM-III-Rの「通常の人が体験する範囲を越えた出来事」と、戦場における異常体験であるとぼかして表現しようとしている点は、ヴェトナムの戦場を知らない今日の我々には違和感がある。特にシェイタンの場合、在ヴェトナムアメリカ軍上層部が仕組んだ環境と条件という、兵士個人のモラルや人格の外部にある要因に暴行の原因を帰している。一つは犠牲者であるヴェトナム人を「非人間化」することである（シャータン 1978, p.71.）。米軍の上官は兵士にヴェトナム人を「グーク」という蔑称で呼ばせ、「良いグークは死んだグークだけである」というスローガンをGIジャケットに貼らせた。これはアメリカ先住民征服時代に広まっていた「良いインディアンは死んだインディアンだけである」という言いまわしの焼き直しであると白井は指摘している（白井 2006, p.83.）。要するに人種差別を通じて、ヴェトナム人は人間ではないのだから残虐に殺してもよい、いや、殺すべきなのだという洗脳があたりと推察できる。シェイタンは自分が依存している権力者から他人を傷つける命令を受けた時、人は従わざるを得ないという一般論を述べてから、ヴェトナムの戦場の特殊性を強調している。彼によれば、恐怖感がいやおうなく支配する環境がGI達の感覚を混乱させ、感情を麻痺させ、道徳心を鈍くさせ、忍耐力を失わせる。このような環境に適応するために兵士達は自我を変造せざるを得ない。昔の自我は現実の膜のむこうに消えてしまい、戦闘を妄想的（現実ではないよ

う)に考える自我に変容することだけが生き残る術であった。したがって、戦場で非現実の世界で戦う兵士には精神破綻は表面化しない。しかし、現実の膜に隔てられた内界と外界は調和せず、認知の不一致が生じることが、遅発性戦闘神経症の主原因だと言うのである (シャータン 1984, p.71-74.)。

リフトンは、実際に軍隊であると同時にモラルと心理的意味の共同体である「殺人部隊 (killing force)」の一員だった帰還兵が目撃したことや実行したことを正当化することはできないとしている。ただし、彼らは戦場で「死」と「罪悪感」の悪循環にはまっていたと言う。彼らの罪業感は戦友の死を越えて生き残ったということと、ベトナム人に行った殺人という二重の死をめぐる「一線あるいは限界を超えた」ことに見いだされる。帰還兵が証言した死の記憶をリフトンは「死の刻印 (death imprint)」と名付けた。「死の刻印」こそが、帰還兵のトラウマである。残虐行為に関する彼の意見では、究極の罪は殺人と手足切断 (死体損壊) などの残虐行為に快感を覚えることだが、例えばミライ虐殺を目撃した帰還兵は、「彼らはののしり、笑いこけ、叫び、殺し、レイプした。しかし、彼らとて心の底では間違っていると思っていた。」と証言している。「正当化できない罪」を指摘するリフトンであっても、ベトナムでは兵士は邪悪が善であるという、特殊な宗教文化世界観によって自己を再構成したと、シェイタンと同様の見解を示している。しかし、リフトンはラップグループにおいて帰還兵達が残虐行為を告白したり、互いに「生き残るためにもう一度人を殺さなければならなかったら、君はやはり殺すかい？」と問いかける姿を見て、彼らは「死の舞踏 (Dance macable)」を踊り続け、すべての人と人間性の名において、死の罪について審査を受けていると述べ、そこに救いがあるとしている (Lifton 1974, p.80-124.)。

このように帰還兵とのミーティングを通じて分かち合った知識とベトナム戦争のトラウマ理解をもとに、彼らは精神医学界にポスト・ベトナム症候群を認知させる活動を行った。アメリカ精神医学会 (APA) ほど保守性が高くない「アメリカ矯正精神学会 (The American Orthopsychiatric

Association: AOA)」の1971年度総会のパネルにおいて、シェイタン、リフトンと帰還兵が8000人以上の前で意見を述べた。これ以後、AOAの学会誌は帰還兵問題を公にする牽引力となった。翌年には「全米帰還兵支援機関」が結成されたが、70年代初期にはまだこの財団も帰還兵問題は政府の問題であるとし、基金の寄付を拒絶した。政府が帰還兵問題の存在を否定していることが問題なのだと説得するには、さらなる研究成果の公表努力が必要であった。その頃、DSM改訂が公表され、同性愛削除の可能性が浮上したことを知った彼らは、他にもマニュアルの変更が可能なのではないかという問い合わせをAPAに行った。しかし、スピッツァーの帰還兵グループ代理人に対する回答は「変更予定なし」であった。ゲイの運動の成果から、帰還兵と同盟者達は政治活動の強化を決意した（カチンス&カーク 2002, p.139-140.）。

政治には、交渉相手との橋渡しをしてくれる有力な仲介者、協力者が必要である。彼らが見つけた格好の協力者は、1984年にAPA会長に選ばれるジョン・タルボット（John Talbot）である。当時、マンハッタン州立病院長だったタルボットはニューヨーク精神科医協会の会長で、APAで名声を博していただけでなく、コロンビア大学の同級生スピッツァーとは旧知の間柄であることが、最大の魅力だった（Scott 1990, p.305.）。しかも彼はヴェトナムでの従軍経験があり、復員軍人局が帰還兵の戦闘後ストレス反応に苦しんでいることを認知しないことに気付いており、DSM-Iに掲載されていたがIIでは削除された、戦闘ストレスも包含する「粗大ストレス反応」の再掲載が必要であると主張していた。

タルボットは帰還兵グループに非常に好意的で、1975年のAPA総会でAPAの会員ではないシェイタン、リフトン、ヘイリーと帰還兵らが意見を発表できるようにとりはからい、セッションの間に彼らがスピッツァーと面会がかなうようにセッティングした。タルボットが困難を予想した通り、スピッツァーは「何のデータもないじゃないか！」と彼らに言った。ここで書いていることはタルボットの回想なので、帰還兵グループがどんな説得を行ったかは記録が



残っていない。しかし、面会の最後にスピッツァーは考えを変え、次の二つの手順を示した。①この分野の専門家による作業グループを作ること、②このグループが採用した案を確実なものにするかどうかはAPAの政策手続きにまかせること。さらに、戦争による外傷体験に曝された兵士の精神障害を診断するのに新たなカテゴリーを設ける必要はないと確信している、DSM-III策定に強い影響力を持つ診断分類学者達の知見を覆す研究成果を出すことを条件とした(カチンス&カーク 2002, p.140-141.)。

「政治家」スピッツァーは彼の研究思想(クレペリン派)に賛同する上述の権威者の見解と、急速に大衆の支持を集めはじめていた帰還兵グループからの度重なる要求の間で実は当惑していた。カチンスとカークは、彼は自分の使命は政治的対立を科学的論議に変換することと記している(カチンス&カーク 2002, p.142.)。ヤングの著書全体の分析も鑑みた拙論からこの叙述に補足を加えれば、スピッツァーは真の科学的論理性を追求していたわけではなく、「科学的」であるというDSMの権威を防衛することを使命と考えていたのではないと思われる。

帰還兵グループはスピッツァーの手順①に従い、「ヴェトナム帰還兵調査部会(VVWG)」を結成し、700人の帰還兵に関する情報を収集・分析し、スピッツァーに経過報告をした。そこでは、ホロコーストの生存者研究の成果を用い、それらの症例と戦闘トラウマの類似点を科学的論拠として提示した。700人という豊富なデータはエヴィデンスによる経験主義を重視するスピッツァーを満足させた。

1975年、DSM-III作業班は「反応性障害委員会(Committee on Reactive Disorder)」という公式な委員会を指名し、DSM-III作業班からはスピッツァー本人、リーマン・ウィン(Lyman Wynne)、議長を務めるナンシー・アンドリーセン(Nancy Andreasen)が参加した。帰還兵グループからはシェイタン、リフトン、そして帰還兵のジャック・スミス(Jack Smith)が参加した。スミスの任命はAPAには非常に例外的なことであった。彼以外の反応性障害

委員会メンバーは全員、医学博士号（M.D.）を持っていたし、他の委員会のメンバー、計125人のうち、M.D.を持っていない者は6人に過ぎず、その6人のうち、Ph.D.を持っていない二人のうち一人がスミスであったが、彼は大卒（Bachelor）の資格すら持っていなかった。スコットは論文の中でスピッツァーは「保守の王様」なのか「大衆の動きに敏感な政治家」なのかという疑問を提示している（Scott 1990, p.306.）。著者は「大衆の動きに敏感な」ではなく、「社会の要請と学界の権威とのバランスに関する戦略が巧みな政治家」であるからこそ、スピッツァーは20年間にわたって、患者にも医学者や臨床医にも受け入れられるDSM編纂の支配者、すなわち、精神科疾病分類学の王者であり続けられたのだと考える。学歴のないスミスを戦闘トラウマ体験者として委員に任命することは、帰還兵の問題に関心を持ちはじめた大衆へのアピールであり、他方で改訂の最終責任者である自分自身という権威が加わることはAPAの信頼を担保することである。

しかし、スミスはスピッツァーの戦略の単なるシンボリック的存在ではなく、非常に有能な働きをした。当然、スピッツァーも彼の能力を理解したうえで任命を決定したのだろう。委員会の中では役割分担があって帰還兵グループは「戦闘に誘発された障害なるもの」が存在することを堅固な証拠で他の三人の委員に示し、DSM-IIIに掲載されるべきものだとな得させなければならなかった。スミスはいち早く、重傷火傷患者の治療を専門としているアンドリーセンが「陥落すべき」最も「鍵になる票（key vote）」だと判断した。それは一見、最重要な標的に見えるスピッツァーが同性愛削除問題その他のDSM-IIIにまつわる多くの仕事のせいで、反応性ストレス委員会の課題から気がそれていることにスミスが気付いたからである。アンドリーセンはスピッツァーと同じくらい強固な経験主義者で「頑固」な性格で知られていた。しかし、彼女の評決があればスピッツァーは帰還兵の案を受け入れるであろうとスミスは考えた（Scott 1990, p.306.）。

スミスの作戦にしたがって、シェイタン、リフトンとスミスの三人は、協力

者の枠を拡げた。彼らは帰還兵以外のトラウマ体験者にも適応できる障害としたほうがアンドリーセンの賛同を得やすいと考え、多様なトラウマのデータを収集した。例えばスミスはニューヨーク・ルーズベルト病院で労災で重傷を負った患者を専門とする医師に会い、帰還兵や収容所生存者と似た症状のエヴィデンスを入手した。また、理論的根拠の補強のため、彼らは「ストレス生理学」の専門家で高名なマーディ・ホロウィッツ (Mardi Horowitz) とコンタクトをとることに成功した。このようにして、幅広い層の医師や研究者と連絡を取り、彼らの支援を得る戦略によって、グループは膨大なエヴィデンスを集めることに成功した (Scott 1990, p.306.)。

1976年、帰還兵グループはAOA (アメリカ矯正精神学会) 総会のセッションに参加するよう、アンドリーセンを招待した。アンドリーセンが彼らに賛同した決定的な研究はヘイリーの報告だった。彼女は復員兵病院での仕事の後、職場に残って誰にも知られないように、過去一年間に診察を受けたヴェトナム帰還兵の記録を閲覧し、診断名を調べた。もちろん、カルテにはDSM-IIに掲載されている、「抑うつ反応」、「不安反応」等が記載されているが、VAの医師達はしばしば括弧内に本当の病名、つまり「公認されていない、便宜的な病名」を記載していた。それらの殆どは「心的外傷戦争神経症」や「ヴェトナム戦争症候群」であり、治療計画も「公認されていない真の疾病」によって立てられていることをヘイリーは発見した。また、彼女が閲覧した676人分のカルテのうち、90人が戦闘参加経験があった。そのうち67人が帰還兵の戦闘後ストレス反応症候群の症状を複数発症しており、うち、30人に対しては担当医が「軍隊体験と関係している」と明記していた (ハーレー 1984, p.192-197.)。

AOAのセッションでシェイタン、リフトン、スミス、ヘイリーのグループは、アンドリーセンの火傷犠牲者に関する彼女の経験にも触れた。この時、アンドリーセンは重傷火傷患者の中にもストレス反応が観察されたことを打ち明けた。以降、アンドリーセンはグループの「障壁」ではもはやなくなり、同盟者となったのである (Scott 1990, p.307.)。

この時点でもまだ、セントルイスのワシントン大学を中心に、APAでは、新カテゴリーの採用に対する反対が続いていた。彼らは帰還兵の障害は既存のうつ、統合失調症（精神分裂病）、アルコール依存症などのカテゴリーで対応できると考えていた。最も重要な反対理由は、なぜ以前の戦争の帰還兵には可能だったことが、ヴェトナム帰還兵にはできないのか、という点だった（Scott 1990, p.307.）。

なぜヴェトナム戦争の帰還兵だけが以前の戦争の帰還兵と違うと特別扱いされなければならないのか、という疑問はヴェトナム帰還兵の社会再適応問題をめぐる、連邦議会の論戦でも70年代末まで主流派の意見だった。1977年に就任したカーター（James Earl ‘Jimmy’ Carter Jr.）大統領は、ヴェトナム体験を持つマックス・クリーランド（Max Cleland）を史上最も若い復員軍人局の長官に任命することになる。クリーランドは再適応カウンセリングプログラム（V.A.’s Readjustment Counseling Program）を出発点として、地域の帰還兵センター（Vet Center）など、帰還兵向けのプログラムを拡充していった。1979年には復員軍人局にPTSDを診断し、治療する認可を与える「復員軍人健康管理法1979年改正：Veterans Health Care Amendments of 1979（Pub. L. No.96-22）」が成立した（Fuller 1985, p.3-9）。

PTSDをDSMに掲載する闘争の最終段階で、ヴェトナム帰還兵の福利厚生と社会復帰問題を重要な政策課題とするカーターが政権に就いたことは、帰還兵グループにとって大きな好機となったし、スピッツァーにとっても、アメリカ政治の変革がDSM-IIIに「ポスト・ヴェトナム症候群」を掲載すべきだという判断の重要な事情になったと言えよう。

1978年、シェイタン、リフトン、スミスの三人は反応性ストレス委員会で最終報告を行った。戦場だけでなく、人災や天災など、犠牲者の範囲を拡大した彼らの報告は委員会に受け入れられた。スピッツァー、アンドリーセン、ウィンが委員会の結論として、殆ど帰還兵グループの報告どおりの最終稿を書き上げ、診断名を「心的外傷後ストレス症候群（PTSD）」と改めた（Scott 1990,

p.307.)。

帰還兵と同盟者の勝利は、非常によく組織化された運動であったことと、政治的に活動的だったことによると言われている (Scott 1990, p.308.)。拙稿はこれに付け加えて、スピッツァーという「政治家」が、社会の要請を最終的には受け入れる人物であったことも要因であると考ええる。カチンスとカークは、彼らの著書の原題が『狂人にされる私たち (*Making Us Crazy*)』であるように、DSMに疑惑と脅威を感じているせいか、スピッツァーを権威主義者と評価している (カチンス&カーク 2002, p.iv.) が、筆者にはそうは思えない。彼がたやすくDSMの変更の要請を受諾しないのはDSMの信頼性を守るためと言えるし、変更を認める気持ちになった時に、エヴィデンス提出までの長い過程を変更を求める人々に課すのは、おそらく保守的で確固たる証拠がないと納得しないAPA会員の反対を斥ける目的があつてのことだと推察できよう。

#### 第4節 ヤングのPTSD診断分類と外傷性記憶概念の批判

ヤングの『PTSDの医療人類学』の原題は *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder* であり、同著の内容を鑑みて訳せば、『錯覚の調和：心的外傷後ストレス障害の捏造』という、非常に挑発的なタイトルである。ヤングはこの本で1998年度のウェルカム医療人類学賞を受賞した。医療人類学とは、元来はプリミティブな社会での医療をフィールドワーク研究する人類学の分野で、近代化された西洋医学の臨床実践や医学的研究を題材にすることは比較的、新しい試みである。(ヤング 2001. の中井久夫による「訳者あとがき」より。)

ヤングは膨大な資料と豊富な医学的知識をもとに、19世紀の「トラウマの発見という言説」からヴェトナム戦争による「PTSDの捏造」に至るまでの経過と、なぜ「捏造」と言い切れるほどの欠陥をPTSDという疾病分類が有しているのかを、主に科学的論理性の破綻から証明している。ヤングによる論理

性破綻の指摘の全てを提示することはスペース的にも、本稿の目的上からも不可能なので、この項ではウィトゲンシュタインの「家族類似性」論を援用したPTSD診断基準の論理的矛盾と、「トラウマ性記憶」自体がアナロジー（類比）の連鎖によって19世紀以降の科学と医学の言説が生み出した人工的形成物であり、人類に歴史上実在してきたものを精神医学が「発見したのではない」という命題を検討する。

ちなみに、精神医学者である監訳者の中井久夫はヤングの著作を「これは医者には書けない」と端的に評している。中井はヤングの著作を精神医学者や心理療法研究者以外が書いたものでは初めてではないか、と書いている。拙稿で引用しているスコットは社会学者で、彼の論文（Scott 1990.）はヤングの著作の5年前に発表されている。しかし、スコット論文はPTSDがDSMに採用されるプロセスに限定されたものなので、ヤングのものが「初の精神医学以外の学問分野からの本格的なトラウマとPTSD研究」と言えよう。ヤングの著作は多分野にわたる深く確かな知識と膨大な資料をもとに、19世紀半ばの鉄道事故のトラウマ（エリクセンの鉄道脊椎）から、DSM公認の疾病分類となった後、1994年の国立PTSDセンターにおけるフィールドワーク、執筆時点では主流であった（今もそうである）PTSDの生物学的研究批判までを網羅する。PTSDの事実性をヤングの主張に従って否定するか肯定するかはともかくとして、犯罪やジェンダー、エスニシティに関わる抑圧や虐待といった社会ならびに政治問題、そして、民族紛争などの内戦や今日なおアメリカ合衆国がイスラム圏に行っている軍事的行動などから、争いが人々の心やその後の生活に及ぼす傷跡についての研究は、医学的知見だけでは展望が開けるとは思えず、人類学や社会学のみならず、政治学、国際政治学の分野でもより関心を持たれるべきだと考える。

ヤングの結論から先に紹介しよう。彼は疾病分類としてのPTSD項目に対し、「仕立て屋よろしく、診断項目をヴェトナム帰還兵の必要に合うように裁

断し」、「診断項目は帰還兵が復員軍人局 (V.A.) の提供する医療サービスを最大限まで受けられ、傷害年金を最大限まで受けられるように『兵役関連障害』という地位を揺るぎないものにするために、障害の重心を患者から病因となる事件に移したもの」だという厳しい批判を行っている。(ヤング2001, p.xxxiii)。このような結論にいたるまで、彼は多様な観点や学術理論からの考察を行っているが、ここではPTSDの診断基準の論理的な問題と、トラウマをめぐるアナロジー (類比) の弊害を検討する。

### 1) 診断基準における論理性の問題

ヤングはウィトゲンシュタイン (Ludwig J. J. Wittgenstein) の「家族類似性」を用いてDSMにおけるPTSD診断基準のカテゴリーエラーを指摘している。「家族類似性」とは、長男は父に目と鼻と口が似ている、次男は長男に鼻と口と髪の色が似ている、三男は次男に…といった比喻を用い、ある家族にとって他の家族の何人かとは類似している点があるが、全く類似点がない家族もいる場合、彼ら全員が血のつながった家族であるという事実は変わらないが、同じことが、学問的分類、例えば疾病を同定する時に起こった場合、共通性の否定はできないまでも、カテゴリーエラーの可能性が大きいとするものである。このような基準と分類法の論理的問題が「家族類似性」と呼ばれる。ヤングはPTSDのクライテリアこそが「家族類似性」であると、その科学的論理性の破綻を指摘しているのである。

「家族類似性」を簡単に要約すれば、複数の基準のうち、一定以下の数の基準を満たせば同じカテゴリーだとする分類法を論理的に疑問視するという論証法である。例えば、aからfまでの六つの基準のうち、三つを満たせば、同一カテゴリーであると想定した場合、単純な例では、①a-b-c、②b-c-d、③c-d-e、④d-e-fの四つのケースが考えられ、このうち、①a-b-c、と④d-e-fは全く共通性がない、同一のカテゴリーではない可能性が高いのである。そのため、PTSD症状基準には同じ疾病カテゴリーに入れることができない症例が同

居してしまう（ヤング 2001, 第4章、特にp.164-146.）。

拙稿では、DSM-III-RのC、「(トラウマ想起の) 回避」に関するカテゴリーはまさにこれにあたると考え、家族類似性の例を提示してみる。DSM-III-RのCでは、以下の基準のうち三つを満たせばこのカテゴリーに同定されることになっている。:

- (1) 心的外傷を伴う思考または感情を避ける努力
- (2) 心的外傷を想起させる活動または状況を避ける努力
- (3) 心的外傷の重要な局面を思い出すことができないこと
- (4) 重要な活動における興味の著しい減退
- (5) 他人から孤立しあるいは疎遠になる感情
- (6) 感情の幅を抑えること
- (7) 萎縮した未来への感覚

(1), (2), (3)だけを満たす患者（実際にはトラウマ性記憶の健忘と想起を避ける努力は鼎立しないが、マニュアルの基準リストの順番に従った）と(5), (6), (7)だけを満たす患者は共通性を一切持たず、同じカテゴリーに同定することはできない。二人のうちどちらか、あるいは双方が「回避」症状を持つカテゴリーに属するとは言えず、ここにPTSDの同定法は論理的に破綻していると言えるのである。

以上のような論理性の破綻ゆえに、ヤングはPTSDは精神医学のディスクールの成果というか産物であって、精神医学が発見したものではない、と述べている（ヤング 2001, p.169）。

## 2) トラウマをめぐるアナロジー（類比）の弊害

ヤングによれば、19世紀にトラウマの研究が始まって以来、それはアナロジー（類比）の連鎖の歴史であった。一つには身体の外傷と精神の外傷という「外的な類推があり、また、病因論が発生源（トラウマ）と標的（トラウマ）の結合をさせていることや、生物学的図式をアナロジーにすることは内的類推



を招く。トラウマをめぐるアナロジーとしてヤングが指摘しているのは、外科的ショックと神経症のアナロジー（19世紀の鉄道脊髄やシェルショック）、通常の範囲を越えた暴力の被害者と加害者のアナロジー（ヴェトナム戦争）である（ヤング 2001, p.180.）。前述したように、フロイトやリフトン、そしてヴェトナム帰還兵自身は、被害者であると同時に加害者であると主張している。これは現実の戦争や兵士の人生においては真実であろうと筆者は考えるが、ヤング流の科学的論理性という点から批判的に分析した場合、科学性の欠如を招くアナロジーとみなされてしまうのである。

アナロジーの連鎖は、意味を保持するより増殖させてしまうとヤングは言う。類推に基盤を置いて形成された知識は、特定の研究チームが臨床部門の好む特定の項目及び結合の集合だけに限定される「局地的知識Local knowledge」になってしまう。それゆえ、PTSDの疾患分類法には、家族類似性以外の共通性を持たない症例が混入しかねないと言うのである（ヤング 2001, p.171-173, p.180.）。

トラウマを19世紀以来の科学が創り上げた人工的なものとみなすヤングは、PTSDの言説には二つの主題があると言う。第一は、一つの実在として存在するという言説である。シェイタンはPTSDがDSM=IIIに採用された時、次のような手紙を帰還兵団体に送っている。「この勝利は『公明正大』である、公式診断はこうあるべきものだ。なぜなら、病気や身体の障害の世界ではこのようなものだからだ。このたびの成就で以前見えていなかったものが明らかになった（下線、著者）（Scott 1990, p.307-308）。」PTSDが事実として存在することを疑わない医学者が大多数であることは既に述べたが、ヤングに従えば、科学的論理性が破綻しているために事実性が疑われるPTSD診断基準を作り上げた当事者であるシェイタン自身が、それまで認められなかった真実が認められたと喜んでいる様は、若干、皮肉で悲劇的であり喜劇的であるような印象を持たざるを得ない。

第二の言説の主題としてヤングが提示しているのは、現在のPTSDの知見

へと導いた事件の連鎖である。それは、外傷性記憶の自然発生的な気付きという言説を意味する。古代のギルガメッシュ神話（メソポタミア神話）から数千年経った、エリクセン（鉄道脊髄）やペイジの心的外傷後遺症の医学的認識、カーディナーによる「原典編纂」、そしてPTSDに公式疾病分類学の座を与えるための政治的闘争。現在はこの障害の経験的知識蓄積と診断と治療の改良洗練の時期であるとヤングは総括している（ヤング p.200.）。

PTSDはヴェトナム帰還兵の罪業感をトラウマとしたところに原点がある。兵士を罪業感で悩ませる残虐行為がDSM-III-Rの「通常の人間体験の範囲の枠外にある」体験と転換されていることは前述したが、ヤングはその点も批判している。彼は文化が違えば「通常」とは何かは違うため、「通常」の意味は、コンテキスト（前後関係）の中での事件の意味によって揺らぎがあるとしている。ここでヤングはDSMを批判しているのだが、以下のように、結果としてヴェトナム帰還兵やその同盟者にとっては手厳しい非難を行うことになってしまっている。彼によれば、ヴェトナム戦争では、部隊（特に特殊部隊）が一つの道德共同体であり、独自の行動規約と賞罰体系を中心とした逸脱を許さない厳格な組織体であった。ヴェトナムにおける局地的道德律は国防総省と陸海空軍、海兵隊の定めた規則から大きく外れていることが多かった。公式には戦争犯罪である、レイプ、市民の殺害、捕虜の拷問が日常生活の一部であり、将校にも戦友にも黙認されていた部隊もあった。このような状態でも、残虐行為を目撃して怒りと恥を感じた少数の兵士にとっては、目撃した事件は「通常の人間体験の範囲外」と言える。そうでない人にとっては、「体験の衝撃性と例外性」はなくなっている。後でPTSDと診断された者も少なくない（ハーマンによれば、残虐行為犯した者は全員）が、事件当時は一時的ではあるが、「通常の人間体験の範囲内」に入っていたというのが、ヤングの残虐行為の罪業感によるトラウマを抱えたヴェトナム帰還兵に関する見解である（ヤング 3001, p.178-179.）。

ヤングの著作は啓蒙的といえる洞察に満ちたもので、高い評価が与えられる

べきものであるが、どこかヒューマンでない部分があるように思われる。それは彼があくまでも「医療人類学」的見地から精神医学を批判しているのに伴って、ヤングにそのつもりはなくとも、ヴェトナム帰還兵の苦悩を否定し、非難する、ヴェトナム戦争当時のアメリカに回帰しているからである。アメリカ政府の誤った決断の連続によって平均年齢19歳の「子ども達」が戦地に送られ、狂気と地獄と罪を生きて帰国すると、社会から「異常者」として排除されたこと。それはこの子ども達が遠いアジアのジャングルで罪を犯した事実があっても、政治学的、社会学的、そして倫理的な視点から再検討する必要もあろう。

## 第5節 PTSDがアメリカにつきつけたアンチテーゼ

PTSDという公式診断カテゴリーの存在によって、戦場で命の危険に曝された兵士はもちろん、戦場で残虐行為やレイプなどの戦争犯罪を犯した罪業感ゆえに心を病んでいると主張する元兵士すら、国家を加害者として、自らを被害者として、国民の税金で治療を受け、傷害年金を受給することが正当化された。戦闘ストレスによるPTSDが公式に精神障害として認められたのは、ひとえに、「不正義な恥ずべき戦争」にまつわるアメリカの世論が、帰還兵グループの闘争によって、帰還兵への嫌悪から共感に変わったことに支えられている。戦争犯罪や、戦場での残虐行為を犯した兵士の罪業感に起因する苦悩は、直接的には命令を下す、あるいは非人道的行為を放任する上官、そして究極的にはマクナマラ (Robert S. McNamara) 国防長官やジョンソン大統領 (Lyndon Baines Johnson : 任期 : 63-69) など、戦争の指導者の責任に帰するという主張が最終的にはアメリカ社会に定着した。

拙稿は、この、ヴェトナム人にとっては加害者である兵士が、アメリカという国家に対しては被害者であったというパラドックスについてのささやかな仮説を提示し、結びに代えたい。

1971年の4月18日から23日、反戦ヴェトナム帰還兵会 (VVAW) はワ

シントンD.C.で、「第三次デューイ・キャニオン作戦（Operation Dewey Canyon III）」という反戦運動行動を行った。非暴力・合法的活動を原則とするVVAWだったが、この作戦の多くの抗議活動の中には、ヴェトナム戦争の違憲性を訴えるために最高裁判所に侵入しようとした帰還兵が逮捕されるような、過激な事件も含まれていた。最もインパクトがあり、圧巻だったのは、連邦議会議事堂の建物に勲章を投げつけて国家に返すという行動だった。これには当時、VVAWの積極分子だったケリー（John Forbes Kelly: 2004年の民主党大統領候補）上院議員も加わり、三度も戦傷を受けた海軍将校として与えられた沢山の勲章を仲間と共に「国家」に叩き返した（Hunt 1999, p.103-112.）。2001年にあきらかになったことは、ケリーもまた、残虐行為の罪業感によるトラウマを持つ帰還兵だったことである。彼は1969年にゲリラ掃討作戦で女性と子ども13名を虐殺している。彼はPTSDではないらしいが、この事実を誰にも言えず、自殺を考えたこともある悪夢の32年間を過ごしてきたと告白している（白井 2006, p.97.）。

ヴェトナムで暴虐の限りを尽くしたアメリカの「恐るべき子ども達」は、勲章投げつけ事件の渦中では、もう「国家」を信用しない、国家のために罪人になるのはたくさんだと思っていたはずである。そして、彼らの贖罪は、いまだ完治が困難と言われているPTSDである。

PTSDは兵役関連障害で、国家に治療と賠償の責任があるとヴェトナム帰還兵は考え、PTSDをDSM-IIIに掲載する運動を押し進めた。それは治療と生活上の問題を国家に解決してもらうためだけではないように思われる。彼らは国家の命令に従ったことによって、一生、あるいは一生の大部分を精神病患者として過ごす運命を引き受けなければならなくなった。ヴェトナム帰還兵のPTSDにアメリカ政府が支出した額は膨大である。それは彼らの国家に対する「復讐」である。兵役とは、国家のために命を捧げる、国民の当然の義務であるというのが公的な「言説」である。同時に、傷病兵になった場合に障害者としての余生を送るリスクを引き受けるということも、もう一つの公的な「言説」である。

しかし、ベトナム帰還兵はこの二つの公的言説を否定した。議事堂のフェンスに勲章を投げつけた時、そして、兵役関連PTSDの診断を受けた時、彼らは「もはや国家に命と心は捧げない」と宣言したのではないだろうか。

引用文献リスト：

APA: The American Psychiatric Association 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed. (DSM-III). Washington, D.C. : The American Psychiatric Association.

APA: The American Psychiatric Association 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed., revised. (DSM-III-R). Washington, D.C. : The American Psychiatric Association.

アメリカ精神医学会 (APA) 1995. 『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引』(高橋三郎ほか訳) 医学書院。

Brunner, José 1991. 'Psychiatry, Psychoanalysis, and Politics during the First World War,' *Journal of Behavioral Sciences*, Vol.27, p.352-p.362.

コーモス, ハリー R. 1984. 「戦闘ストレスの性質」(緒方克彦訳) C.R. フィグレー編『ベトナム戦争神経症：復員米兵のストレスの研究』(辰沼利彦監訳) 岩崎学術書店、第1章。(Figley, Charles R. ed., *Stress Disorders among Vietnam Veterans*, New York: BRUNNER/MAZEL Inc.)

フーコー, ミッシェル 1975. 『狂気の歴史：古典主義時代における』(田村俣訳) 新潮社。(Foucault, Michel 1972. *Histoire de la folie, à l'âge classique*, Paris: Gallimard)

フロイト, ジークムント 1969. 「快楽原則の彼岸」(井村恒郎訳) 『フロイト著作集 6：自我論・不安本能論』(井村恒郎他訳) 人文書院。

Fuller, Richard B. 1985. 'War Veterans' Post-Traumatic Stress Disorder and the U.S. Congress,' in Kelly, William E. ed., *Post-Traumatic Disorder and the War Veteran Patient*, New York: BRUNNER/MAZEL Inc., Chapter 1.

ハーレー, サラー A. 1984. 「戦闘後ストレス反応の治療の意味：精神衛生専門家のために」 C.R. フィグレー編『ベトナム戦争神経症：復員米兵のストレスの研究』(辰沼利彦監訳) 岩崎学術書店、第12章。(著者のSarah A. Haleyの名前の正しい発音により近い日本語表記はサラ・ヘイリーである)

ハーマン, ジュディス・L. 1999. 『心的外傷と回復』(中井久夫訳) みすず書房。(Judith Lewis Herman, 1992. *Trauma and Recovery*, revised edition, New York: Basic Books.)

Hunt, Andrew E. 1999. *The Turning: A History of Vietnam Veterans Against the War*, New York: New York University Press.

- 生井英考 2000.『負けた戦争の記憶：歴史の中のヴェトナム戦争』三省堂。
- Jones, Edger and Simon Wessely 2005. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York: Psychology Press.
- カーディナー, エイブラム 2004(1947).『戦争ストレスと神経症』（中井久夫・加藤寛共訳）みすず書房。(Kardiner, Abram and Herbert Spiegel 1947. *War Stress and Neurotic Illness*, New York: B. Hoeber.)
- カチンス, ハーブ&スチュワート・A.カーク 2002.『精神疾患はつくられる：DSM診断の罠』（高木俊介・塚本千秋監訳）日本評論社。(Kutins, Herb and Stuart A. Kirk 1997. *Making Us Crazy: DSM-The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York: Free Press.)
- Lifton, Robert Jay 1991(1967). *Death in Life: Survivors of Hiroshima*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Lifton, Robert Jay 1973. *Home from the War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners*, New York: Basic Books.
- リフトン, ロバート J. 1984「治療者の倫理的あり方」C.R.フィグラー編『ベトナム戦争神経症：復員米兵のストレス研究』（辰沼利彦監訳）岩崎学術出版社。
- マクファーレン, アレクサンダー&ジョヴァンニ・デ・ジロラモ（大山みち子訳）2001.「トラウマ性ストレス因子の本質とトラウマ後反応の疫学」（ヴァン・デア・コルク、ベゼル、アレクサンダー・マクファーレン、ラース・ウェイセズ編著（西澤哲監訳）『トラウマティック・ストレス：PTSDおよびトラウマ反応の臨床と研究のすべて』誠信書房、第5章。
- 森茂起 2005.『トラウマの発見』講談社。
- ネルソン, アレン 2003.『ネルソンさん、あなたは人を殺しましたか？：ベトナム帰還兵が語る「ほんとうの戦争」』講談社。
- Rivers, William Halse R. 1906. *The Todas*. London: Macmillan.
- Rivers, William Halse R. 1920. *Instinct and the Unconscious: A Contribution to a Biological Theory of The Psycho-Neuroses*, Cambridge: Cambridge University Press. (著者が2010年にAmazon.comに注文したアメリカのLa Vergne社による希少古書復刻コピー)
- Sasson, Siegfried 1936. *Sherston's Progress*, London: Faber and Faber.
- Scott, Wilbur J. 1990. 'PTSD in DSM-III: A Case of Politics of Diagnosis and Disease,' *Social Problems*, Vol.37, No.3, August 1990.: p.294-310.
- シャータン, チャイム F. 1984.「ベトナム復員兵のストレス病：持続する感情障害」C.R. フィグラー編『ベトナム戦争神経症：復員米兵のストレスの研究』（辰沼利彦監訳）岩崎学術書店、第3章。(著者のChaim Shatanの名前の正しい発音により近い日本語表記はハイム・シェイタン)
- 白井洋子 2006.『ベトナム戦争のアメリカ：もうひとつのアメリカ史』刀水書房。

- ヴァン・デア・コルク, ベゼル&アレクサンダー・マクファーレン2001. 「トラウマというブックホール」(西澤哲訳)ヴァン・デア・コルク, ベゼル, アレクサンダー・マクファーレン, ラース・ウェイゼスeds., 2001. 『トラウマティック・ストレス: PTSDおよびトラウマ反応の臨床と研究のすべて』(西澤哲監訳) 誠信書房, 第1章。
- ヴァン・デア・コルク, ベゼル, アレクサンダー・マクファーレン, ラース・ウェイゼスeds., 2001. 『トラウマティック・ストレス: PTSDおよびトラウマ反応の臨床と研究のすべて』(西澤哲監訳) 誠信書房. (van der Kolk, Bessel A., Alexander McFarlane, and Lars Weiseth eds., 1996. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, New York: The Guilford Press)
- Yealland, Lewis R. 1918. *Hysterical Disorders of Warfare*, www.General-Books.net (著者が2010年にAmazon.comに注文したGeneral Books社による希少古書復刻コピー)
- ヤング, アラン 2001. 『PTSDの医療人類学』(中井久夫ほか訳) みすず書房. (Allan Young 1995. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, New Jersey: Princeton University Press.)

注

- (1) 生井秀考によれば、アメリカ人にとっての集団的トラウマだったヴェトナム戦争について、「負けた戦争 (the lost war)」という言葉がアメリカ人が使えるようになったのは1990年代を待たなければならなかった。それまで最も頻繁に用いられた表現は「誤った戦争 (the wrong war)」という婉曲語法だったという (生井 2000, p.11.)。
- (2) リヴァースはむしろ文化人類学者として後世に名を残している。代表的な業績はオーストラリアのトレス海峡諸島の先住民の研究である (Rivers 1906.)
- (3) 「冬の兵士」という命名は、独立戦争の指導者、トーマス・ペイン (Thomas Paine) が過酷な任務に耐えられなかった脱走兵を「夏の兵士」と表現したことに由来している。反戦ヴェトナム帰還兵会 (VVAW) は現在も反戦活動を行っており、今日のイラク・アフガニスタン戦争でも、反戦帰還兵の戦争体験の証言活動は「冬の兵士聴聞会」という名称が受け継がれている。VVAWのホームページは、<http://www.vvaw.org/>